（様式第１号）（第６条関係）

**飯山市日常生活用具給付等申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日　　　　年　　月　　日　　飯山市長　あて**申請者　住　所**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**氏　名**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

対象者との続柄（　　　　）　　　　　　　電　話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　下記のとおり日常生活用具の給付・貸与を申請します。　日常生活用具費の給付等の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。 |
| 対 象 者 | 住所 |  | 電話 |  |
| フリガナ氏名 | 男　女　 | 生年月日 | 年　　月　　日生歳 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 障害者手帳障害名又は疾患名 | 手帳番号 | 県　第　　　　　号 | 年　　月　　日交付 |
| 障害種別 | 身　知　精　難病 | 障害等級 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 給付の理由 |  |  |  |  |  |  |
| 主な介護者の有無 | 有　　氏名（　　　　　　　　　　　　）対象者との続柄（　　　　）　　無

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| 給付を受けたい用具の名称 |  |  |  |  | 装用に関する意見書・処方箋 | 有無 |
| 排泄管理支援用具の申請期間 | １ ・ ２ ・ ３ ・ ４　ケ月 | 年　　月～　　年　　月分まで |
| 希望する給付業者 | 名称 |  |  |  |  |  |
| 所在地 |  |  |  |  |  |
| 電話 |  |  |  | ＦＡＸ |  |
| 該当する所得区分 | 生活保護 ・ 市民税非課税（低所得１(80万円以下)・低所得２）一般 ・ 一定所得以上（市民税所得割46万円以上） |
| 世帯の状況 | 氏　名 | 生年月日 | 年齢 | 対象者との続柄 | 職業 | 備考 |
|  |  |  |  |  | 個人番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 個人番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 個人番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 個人番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生活保護への移行予防措置に関する認定 | □　生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。 |